

Corrispondenza

Bypass coronarico e scompenso cardiaco cronico (per la serie: “gli esami non finiscono mai”)

We work hard to find a reason to offer surgical revascularization as we believe this to be our best first interventional choice

B.P. Griffith¹

Nell'ormai lontano 1977, dalle pagine del *Giornale Italiano di Cardiologia*, mi assumo l'onere di una difesa d'ufficio del bypass coronarico²: erano anni in cui, nei confronti della procedura, persistevano, anche da parte di eminenti studiosi, ingiustificati atteggiamenti di scetticismo e di sfiducia, a dispetto di evidenze cliniche sempre più convincenti. Mi accingo adesso ad una nuova difesa d'ufficio del bypass coronarico, la cui efficacia è ancora una volta messa in discussione a proposito del trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco cronico.

Ho letto con estremo interesse le linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco cronico, in versione riassunto esecutivo, revisione 2005, di recente pubblicate sull'*Italian Heart Journal Supplement*³. Lodevole l'impegno dei curatori della revisione che con il loro eccellente lavoro hanno fatto dono a tutta la comunità cardiologica italiana di un documento prezioso, assolutamente autorevole e di grandissima utilità pratica.

Essendo un chirurgo, non ho disatteso l'obbligo di soffermarmi con particolare attenzione sulle indicazioni operatorie. Nel paragrafo intitolato “Chirurgia e dispositivi meccanici”, con riferimento a “procedure di rivascolarizzazione, chirurgia della valvola mitrale e ricostruzione del ventricolo sinistro”, con classe di raccomandazione I e livello di evidenza C, viene enunciato: “in presenza di sintomi clinici di scompenso cardiaco, bisogna valutare se vi siano patologie che possono essere corrette chirurgicamente”.

Deduzione logica: espletate le valutazioni del caso, quando ve ne siano gli estremi, è indicato procedere al trattamento chirurgico.

Riflessione (del chirurgo): finalmente, in un documento ufficiale ed autorevole, viene riconosciuto un ruolo alla chirurgia convenzionale (bypass compreso) nel trattamento dello scompenso cardiaco.

Senonché, poco più avanti – evidenziata con pallino nero come raccomandazione di maggior rilievo – il testo così prosegue: “fino a quando non saranno disponibili i risultati di studi randomizzati, la rivascolarizzazione miocardica non può essere raccomandata come procedura di routine nel trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco e coronaropatia”, con classe di raccomandazione III e livello di evidenza C.

Sull'attribuzione alla rivascolarizzazione coronarica della classe di raccomandazione III – cioè “evidenza o consenso generale che il trattamento non sia utile/efficace e che in taluni casi possa essere dannoso”, con la Società Europea di Cardiologia che ne sconsiglia l'utilizzo (vedi tabella pag. 737) – una riflessione mi sembra necessaria. Non sono ovviamente chiamati in causa i curatori della revisione (ribadisco tutto il mio apprezzamento per il loro lavoro), ma vi sono evidenze cliniche che qui è d'obbligo richiamare, soprattutto a beneficio di quanti nella pratica clinica quotidiana seguono gli indirizzi terapeutici indicati dalle linee guida.

Pur ammettendo la possibilità che evidenze contrastanti possano essere rintracciate in letteratura, circa l'utilità/efficacia della rivascolarizzazione coronarica nel trattamento dello scompenso cronico associato a coronaropatia non vi sono dubbi. Soprattutto quando sia dimostrabile la presenza di estese aree di vitalità miocardica, il peso dell'evidenza/opinione è largamente in favore dell'utilità/efficacia della procedura. La rivascolarizzazione migliora la performance cardiaca, la qualità di vita e probabilmente (il dato è più controverso) prolunga la sopravvivenza. Su queste valutazioni l'accordo è sostanzialmente unanime⁴⁻⁶ (peso dell'evidenza/opinione largamente in favore dell'efficacia) e personal-

mente sono dell'opinione che alla rivascularizzazione potrebbe essere ragionevolmente riconosciuta la classe di raccomandazione IIa.

L'utilità/efficacia della rivascularizzazione coronarica isolata è messa in discussione solamente quando vi sia una marcata dilatazione della cavità ventricolare sinistra (generalmente associata ad una insufficienza mitralica secondaria) e/o un esteso territorio cicatriziale asinergico postinfartuale (funzionalmente non recuperabile). Ma per queste condizioni sono previste, nelle stesse linee guida, altre indicazioni terapeutiche, come la chirurgia della mitrale (classe di raccomandazione IIb) e/o la ricostruzione del ventricolo sinistro (classe di raccomandazione I), che, pur rappresentando scenari chirurgici più impegnativi, sono risparmiati dalla classe di raccomandazione più elevata.

Un esercizio di logica elementare, per concludere. Nelle linee guida è riconosciuta l'utilità/efficacia della chirurgia mitralica (classe di raccomandazione IIb) e della ricostruzione del ventricolo sinistro (classe di raccomandazione I). Orbene, nella cardiopatia ischemica, per qualunque strategia chirurgica, esiste un unico, irrinunciabile presupposto: la possibilità tecnica di effettuare un'efficace rivascularizzazione delle coronarie. Vale a dire una procedura in classe di raccomandazione III e quindi sconsigliata dalle stesse linee guida per

mancanza di evidenza o consenso generale sulla sua utilità/efficacia. Evidentemente c'è qualcosa che non va.

Pino Fundarò

S.C. di Cardiocirurgia

Dipartimento Cardiologico "A. De Gasperis"

Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano

Bibliografia

1. Griffith BP. Surgical treatment of congestive heart failure: evolving options. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: S2254-S2259.
2. Fundarò P. Bypass coronarico alla sbarra: assoluzione o condanna? *G Ital Cardiol* 1977; 7: 101-3.
3. Task Force sulla Diagnosi e Trattamento dello Scompenso Cardiaco Cronico della Società Europea di Cardiologia. Linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco cronico: riassunto esecutivo (revisione 2005). *Ital Heart J Suppl* 2005; 6: 735-64.
4. McGee EC, Grady KL, McCarthy PM. Nontransplant surgical alternatives for heart failure. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2005; 7: 491-501.
5. Loebe M, Soltero E, Thohan V, Lafuente JA, Noon GP. New surgical therapies for heart failure. *Curr Opin Cardiol* 2003; 18: 194-8.
6. Elefteriades J, Edwards R. Coronary bypass in left heart failure. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2002; 14: 125-32.